**Deutscher Bundestag** **Drucksache 16/6691**
**16. Wahlperiode** 10. 10. 2007

# Kleine Anfrage

**der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Michael Link (Heilbronn), Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Stadler, Carl-Ludwig Thiele, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP**

## Situation der belegärztlichen Versorgung in Deutschland nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Die belegärztliche Versorgung deckt mit über 27 000 Krankenhausbetten zurzeit über 5 Prozent der gesamten Krankenhausversorgung in Deutschland ab. Gerade in ländlichen Bereichen sind Belegabteilungen und Belegkliniken die tragende Säule für die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung. Das kooperative Belegarztwesen verbindet idealtypisch die ambulante und stationäre Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung. 6 075 Fachärzte sind bundesweit als Belegärzte tätig.

Mit der Einführung des EBM 2000plus im ersten Halbjahr 2005 wurde die Vergütung belegärztlicher Leistungen so stark abgewertet, dass für Vertragsärzte kaum ein finanzieller Anreiz mehr für eine belegärztliche Tätigkeit im Krankenhaus besteht. Vor diesem Hintergrund hat die Regierungskoalition in ihrem Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 bereits gefordert, dass die Vergütung belegärztlicher Leistungen im DRG-System geregelt werden soll. Obwohl der Bundesrat eine entsprechende Regelung im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beantragt hat, ist eine Systemumstellung nicht erfolgt. Stattdessen wurde mit Inkrafttreten des GKV-WSG zum 1. April 2007 der § 121 SGB V um einen neuen Absatz 4 ergänzt. Hierin wurde der Bewertungsausschuss dazu verpflichtet, in einem Beschluss nach § 87 mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 3 Satz 2 und 3 zu treffen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die GKV-Spitzenverbände haben daraufhin zum 1. April 2007 die Vergütung der belegärztlichen Leistun-

gen in einem neuen Kapitel 36 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt. Darüber hinaus haben sie in einer Bundesempfehlung vereinbart, dass die Finanzierung belegärztlicher Leistungen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung auf der Grundlage fester Punktwerte erfolgen soll. Für die Umsetzung einer angemessenen Vergütung belegärztlicher Leistungen gehen die Vertragspartner auf Bundesebene von einem Mehrbedarf in Höhe von rund 74 Mio. Euro im Jahr aus. Damit diese Empfehlung wirksam wird und sich die Vergütungssituation für die Belegärzte verbessert, muss die Bundesempfehlung auf regionaler Ebene in Honorarverteilungsverträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden vereinbart werden.

Neben der Ergänzung des § 121 SGB V im GKV-WSG ist mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Januar 2007 eine weitere Neuregelung wirksam geworden, die sich entscheidend auf die Struktur der belegärztlichen Versorgung auswirkt: Das VÄndG hat zu einer Änderung in § 20 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) geführt, die es nunmehr Krankenhäusern ermöglicht, Vertragsärzte als Honorarärzte zu beschäftigen. Zwar erfährt das Belegarztwesen an sich durch diese Regelung keine Änderungen und der Status des Belegarztes bleibt erhalten. Aber die Änderungen im ärztlichen Zulassungsrecht schaffen konkurrierende Strukturen. Nunmehr haben auch Hauptabteilungen die Option, mit Vertragsärzten auf Honorarbasis und unabhängig von einer Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit stationäre Leistungen zu erbringen. Anders als Belegabteilungen und Belegkliniken erhalten die Hauptabteilungen eine Vergütung für die gesamte Krankenhausleistung inklusive Arztkosten, aus der sie den Honorararzt vergüten. Im Rahmen der belegärztlichen Versorgung erhält das Krankenhaus nur eine Belegabteilungs-DRG, die nur die Kosten des Krankenhauses ohne Arztkosten beinhaltet. Bei einem großen Teil der kalkulierten Belegabteilungs-DRGs ist der Abschlag im Vergleich zur vergleichbaren Hauptabteilungs-DRG wesentlich höher als es dem reinen Arztkostenanteil entsprechen würde. Die Vergütung der Belegärzte erfolgt über das KV-Budget. Es besteht somit für das Belegkrankenhaus kein Finanzierungsspielraum für die Bezahlung von Honorarärzten aus der DRG-Vergütung.

Da die Vergütung einer stationären Leistung davon abhängt, in welchen Strukturen sie erbracht wird (Belegabteilung = Belegabteilungs-DRG für das Krankenhaus + KV-Vergütung für den Belegarzt bzw. Hauptabteilung = komplette Vergütung Krankenhaus- und Arztleistung über Hauptabteilungs-DRG), führt dies für die Kostenträger zu folgenden Auswirkungen: Sie zahlen im Ergebnis für dieselbe stationäre Leistung eine in der Gesamthöhe unterschiedliche Vergütung je nach dem, ob die Behandlung in einer Belegabteilung oder in einer Hauptabteilung erfolgt ist.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Ist die gesetzliche Vorgabe des § 121 Abs. 4 SGB V im GKV-WSG zwischenzeitlich wirksam umgesetzt, d. h., sind in den KV-Bezirken flächendeckend Vereinbarungen getroffen worden, die eine angemessene Vergütung belegärztlicher Leistungen vorsehen?

2. Wie werden die ab 1. April 2007 gültigen Neuregelungen des Bewertungsausschusses im EBM zur angemessenen Vergütung belegärztlicher Leistungen einerseits und deren Umsetzung auf der Landesebene andererseits beurteilt?

   Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie die Belegärzte, z. B. der Bundesverband der Belegärzte das beurteilen?

3. Sieht die Bundesregierung in dem Tätigwerden von Vertragsärzten in Krankenhäusern aufgrund des VÄndG eine Konkurrenz für die belegärztliche Versorgung?
4. Sieht die Bundesregierung in dem Tätigwerden von Vertragsärzten in Krankenhäusern aufgrund des VÄndG eine Gefährdung der Existenz belegärztlicher Versorgungsstrukturen?
5. Wie viele Krankenhäuser, die eine oder mehrere Belegabteilungen in Hauptabteilungen umgewandelt haben, konnten dafür eine entsprechende Erhöhung ihrer Gesamtbeträge durchsetzen?
6. Wie viele Belegabteilungen wurden seit dem Jahr 2006 aufgegeben bzw. haben einen Statuswechsel in eine Hauptabteilung vorgenommen oder beantragt?

   Welche Ursachen haben zu dieser Umstrukturierung geführt?

   Wie viele Belegabteilungen wurden seit dem Jahr 2004 eröffnet, bzw. entstanden seit diesem Jahr durch Umwandlung aus einer Hauptabteilung?
7. Bestehen für Belegabteilungen uneingeschränkt Möglichkeiten zur Umwandlung in Hauptabteilungen?

   Wenn nein, welche Voraussetzungen (ggf. auch länderspezifisch) müssen erfüllt werden?
8. Wie werden die Möglichkeiten zur Umwandlung in ein nicht belegärztliches Kooperationsmodell gemäß VÄndG im Vergleich mit dem belegärztlichen Versorgungsmodell unter den Bedingungen der ab 1. April 2007 gültigen Neuregelungen im EBM beurteilt?

   Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie die Belegärzte z. B. der Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser und der Bundesverband der privaten Krankenanstalten dies beurteilen?
9. Wie beurteilt die Bundesregierung die finanziellen Auswirkungen der Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen auf die Leistungsausgaben der Krankenkassen, auf die vertragsärztliche Gesamtvergütung und auf die Landeskrankenhausbudgets?
10. Beabsichtigt die Bundesregierung im Rahmen der Gesetzgebung zum ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung ab 2009 eine Neuregelung der belegärztlichen Vergütung im DRG-System?

    Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die separate Kalkulation von Belegabteilungs-DRG im Fallpauschalenkatalog?

    Gibt es aus der Sicht der Bundesregierung Gründe, die für eine einheitliche Kalkulation aller DRG unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung der Leistungserbringung (Hauptabteilung mit angestellten bzw. Honorarärzten oder Belegabteilungen mit Belegärzten) sprechen?
11. Wie beurteilt die Bundesregierung bzw. das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Kritik von Belegkrankenhäusern, dass die Belegabteilungs-DRGs systematisch zu niedrig bzw. nicht sachgerecht bewertet seien?

Berlin, den 10. Oktober 2007

**Dr. Guido Westerwelle und Fraktion**



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333